Des diverses méthodes de traitement chirurgical

N° 34

DES

ABCÈS DU FOIE

ET EN PARTICULIER

DU PROCÉDÉ PAR INCISION DIRECTE AU BISTOURI

COMBINÉ AVEC LES PANSEMENTS ANTISEPTIQUES

THÈSE

PRÉSENTÉE ET PUBLIQUEMENT SOUTENUE A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE MONTPELLIER

le 28 juin 1884

PAR

A.-A. LONG

né à Aups (Var).

Médecin de la Marine

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

MONTPELLIER

IMPRIMERIE CRISTIN, SERRE ET RICOME, RUE VIEILLE-INTENDANCE, 5

1884

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. J. BENOIT ✻ ✠.... Doyen
COMBAL ✻ ✠.....
GRASSET..... .... } Assesseurs

Professeurs.

	Messieurs :
Pathologie externe.	BOYER ✻.
Accouchements.	DUMAS ✻.
Clinique médicale.	DUPRÉ ✻ C ✠.
Anatomie.	BENOIT ✻ ✠
Clinique médicale.	COMBAL ✻ ✠.
Clinique des maladies mentales et nerveuses.	CAVALIER ✻.
Physique médicale.	MOITESSIER ✻.
Anatomie patholog. et histologie.	ESTOR
Médecine légale et toxicologie.	JAUMES.
Clinique chirurgicale.	DUBRUEIL ✻.
Chimie médicale et Pharmacie.	ENGEL.
Hygiène.	BERTIN-SANS.
Pathologie interne.	CASTAN.
Thérapeutique et Matière médic	GRASSET.
Botanique et Histoire Natur.méd	PLANCHON ✻ ✠.
Physiologie, chargé du cours.	LANNEGRACE.
Clinique chirurgicale. id.	N...
Opérations et appareils.	N...

MARTINS (O. ✻) FONSSAGRIVES (O. ✻), COURTY ✻. Profes honor.

Chargés de Cours:

Clinique des maladies des enfants.	MM. BATTLE, agrégé.
Clinique des mal. syphilit. et cutan.	GAYRAUD, agrégé.
Clinique des maladies des vieillards.	HAMELIN, agrégé.

Agrégés.

Messieurs :	Messieurs
JACQUEMET.	MOSSÉ.
DE GIRARD.	REGIMBEAU ✻.
SERRE.	TEDENAT.
ROUSTAN.	DUMAS fils.
CARRIEU.	BLAISE.
MAIRET.	BAUMEL.
CHALOT.	VILLE.
BIMAR.	GRANEL.
LANNEGRACE.	

M. F.-J. BLAISE, Secrétaire,

Examinateurs de la Thèse:

MM. BERTIN-SANS, *président;*
BOYER, professeur;
ROUSTAN, agrégé;
BIMAR, agrégé.

La Faculté de médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs; qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

A MA MÈRE

A MON FRÈRE

A MES SŒURS

A.-A. LONG.

A Monsieur le Docteur MERLIN

Professeur de médecine opératoire à l'école de médecine navale de Toulon
Officier de la Légion d'honneur

A mon Président de Thèse

Monsieur le Professeur BERTIN-SANS

A Monsieur Louis JEAN

Docteur en médecine

A.-A. LONG.

A MES PARENTS

A MES MAITRES

A MES AMIS

A.-A. LONG.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41534908_0114

INTRODUCTION.

Dans le courant de l'année 1880, plusieurs communications ont été faites à l'Académie de Médecine par M. Jules Rochard, inspecteur général du service de santé de la marine, au sujet de la méthode mise en usage par les médecins de Shang-Haï dans le traitement des abcès du foie, et qui consiste à les ouvrir largement et d'un coup, après une ponction exploratrice préalable, et en se servant de l'aiguille aspiratrice comme d'un conducteur ; puis à mettre en usage le pansement de Lister. M. Rochard, sans entrer dans la discussion des faits, cite à l'appui de cette hardiesse chirurgicale cinq guérisons successives obtenues avec ce procédé, soit par le Dr Stromeyer-Little, médecin à Shang-Haï, soit par des médecins de la marine (Séances du 26 octobre 1880 et du 3 octobre 1882).

Une bonne fortune chirurgicale nous a permis, il y a quelques mois, d'observer de nouveaux cas de ce mode de traitement. Les résultats obtenus ont été si remarquables, qu'il nous a paru utile d'en recueillir les observations et de faire le sujet de notre thèse inaugurale de ce mode de traitement si hardi, et cependant si heureux jusqu'à ce jour, qu'il sem-

ble devoir faire changer entièrement le pronostic de l'hépatite suppurée.

Nous avons cru bien faire de passer en revue les diverses méthodes de traitement chirurgical usitées jusqu'à ce jour, pour faire ressortir les avantages et les heureux résultats du procédé qui a été mis en pratique chez nos deux malades, et qui nous semble préférable à tous les autres.

Nous n'avons pas la prétention dans ce court travail de donner des règles absolues pour l'ouverture des abcès du foie au bistouri, avec pansement antiseptique, ni de justifier les faits autrement que par les résultats. Notre bagage scientifique est trop restreint et les malades que nous avons observés trop peu nombreux pour que nous puissions le faire d'une manière utile et que nous soyons à la hauteur de cette tâche, qu'ont déclinée jusqu'à présent d'éminents chirurgiens. Notre but est de publier simplement ce que nous avons vu et d'exposer les raisons qui nous font regarder le mode de traitement que nous préconisons comme le meilleur et le plus rationnel de tous ceux qui ont tour à tour été pratiqués. Heureux si, par quelques considérations, nous avons pu contribuer à vulgariser parmi nos collègues, appelés à exercer dans les pays chauds, un procédé qui nous paraît réellement avantageux.

Nous plaçons en tête de notre travail un court exposé d'anatomie pathologique. La connaissance exacte du désordre

que produit dans le foie la présence d'une collection purulente, du siége qu'elle peut occuper, des lésions périphériques qu'elle détermine, de sa marche, enfin, et de sa terminaison la plus habituelle, nous paraît nécessaire pour nous rendre compte non seulement des phénomènes que nous avons observés, mais encore de la nécessité qu'il y a d'intervenir hardiment et le plus tôt possible, dès que les symptômes ont permis de poser sûrement le diagnostic.

Qu'il nous soit permis de remercier ici M. le Dr Merlin, médecin en chef, professeur de médecine opératoire à l'école de médecine navale de Toulon, qui a bien voulu nous aider de ses conseils et de lui donner un faible témoignage de notre respect et de notre reconnaissance.

DES DIVERSES MÉTHODES

DE

TRAITEMENT CHIRURGICAL DES ABCÈS DU FOIE

ET EN PARTICULIER

du procédé par incision directe au bistouri combiné avec les pansements antiseptiques

ANATOMIE PATHOLOGIQUE.

Il n'est pas fréquent de pouvoir examiner sur le cadavre les premières altérations du foie dans l'hépatite suppurée. Le plus souvent il ne faut que peu de jours pour provoquer la suppuration et l'abcès, et ce n'est que quand une partie plus ou moins considérable de l'organe est déjà abcédée qu'on a ordinairement l'occasion de se livrer à des recherches d'anatomie pathologique. Nous trouvons cependant dans les auteurs des renseignements assez précis sur l'état du foie aux diverses périodes de l'inflammation et de la suppuration. Nous allons rapidement les passer en revue.

Au premier degré de l'affection, on constate les lésions de l'hépatite circonscrite, lésions débutant d'après les uns par le tissu connectif interstitiel, d'après les autres par les cellules hépatites elles-mêmes. Rarement l'inflammation com-

prend l'organe tout entier, mais il est rare aussi que tout le foie ne soit pas le siége d'une congestion intense. M. Foiret (Thèse de Paris 1870) a constaté dans de nombreuses autopsies à l'hôpital de Saïgon, que dans le premier degré de l'inflammation du tissu glandulaire, le foie est toujours très gros, très lourd, gorgé de sang, de couleur lie de vin, plus ou moins foncé et surtout excessivement friable, indépendamment de toute décomposition cadavérique. On trouve alors un ou plusieurs foyers d'inflammation de forme arrondie, situés au centre ou dans la périphérie. En ces points les acini du foie commencent par se montrer pâles.

A mesure que le processus inflammatoire avance, les cellules hépatiques qui en sont le siége subissent la dégénérescence granuleuse, tandis qu'un exsudat grisâtre entoure les lobules. Des marbrures ecchymotiques se rencontrent au niveau des points enflammés qui subissent un ramollissement notable. Bientôt ces cellules hépatiques sont transformées en une masse de détritus fins, granuleux ; d'autres fois elles sont changées en masse pulpeuse, albumineuse.

Tout autour de ces foyers l'hypérémie augmente et détermine une espèce de ramollissement et d'infiltration purulente, envahissant souvent toutes les autres parties de l'organe. Suivant Budd, les branches vasculaires et les conduits biliaires sont rarement compris dans le processus morbide. On peut dire cependant que constamment il existe des tromboses vasculaires autour des abcès du foie. Ceci explique pourquoi les hémorrhagies ne sont pas plus abondantes dans l'ouverture de cet organe au bistouri. Rokitanski dit que les capillaires biliaires sont fréquemment obturés par de l'albumine ou de la fibrine coagulée ; par suite de cette altération des voies biliaires, on se rend compte de ce que, dans certains abcès, peu volumineux, enkystés, le pus est blanc, crêmeux, n'étant pas encore mélangé de bile et de sang.

Au bout d'un temps variable, quelquefois très court, la suppuration s'établit franchement en commençant par le centre des lobules et s'étendant ensuite à leur périphérie. Tantôt les lobules voisins se pressent de proche en proche, tantôt les abcès disséminés et multiples se rassemblent peu à peu, s'ouvrent les uns dans les autres et finissent par constituer une ou plusieurs cavités. Ces abcès s'entourent alors d'un tissu imbibé de sérum, lâche, d'une odeur fade et contenant en masse des globules de sang décolorés, globules provenant de ruptures vasculaires.

Dès que l'inflammation gagne la périphérie (et c'est alors à notre avis, que se manifestent les véritables douleurs hépatiques, tandis que jusque-là le malade ne ressent qu'un sentiment de pesanteur, de gêne dans l'hypochondre droit), le tégument péritonéal du foie s'épaissit et forme des adhésions inflammatoires avec les parties voisines (Simon Duplay).

Le volume de ces abcès est des plus variables, et peut aller depuis celui d'une noix jusqu'à celui d'une tête de fœtus. On en a cité de plus vastes encore comprenant un lobe tout entier. Lavigerie (Thèse de Paris, 1866), Haspel (Maladies de l'Algérie), Portal (Maladies du foie), en citent plusieurs cas remarquables.

Le plus souvent, dans les deux tiers des cas, d'après Rouis, on ne trouve qu'un abcès ; rarement, il en existe plus de deux ou trois. Mais des foyers inflammatoires voisins peuvent évoluer dans un espace de temps différent et donner alors successivement lieu à la formation de plusieurs abcès, comme nous l'avons observé chez les malades qui font l'objet de nos deux observations.

Les parois de ces abcès sont d'épaisseur variable. Dans ceux qui sont récents, elles n'ont guère que 1 ou 2 centimètres d'épaisseur ; elles sont formées par le tissu hépa-

tique infiltré d'un exsudat grisâtre ; elles sont anfractueuses et inégales. Plus tard, leur cavité se régularise, il s'y forme une véritable membrane pyogénique qui enkyste nettement les foyers purulents et qui permet sur le cadavre de les distinguer facilement des abcès métastatiques.

Enfin, dans les abcès chroniques, de grandes dimensions, ces parois sont grisâtres, cartilagineuses, forment une coque de 3 à 4 centimètres d'épaisseur. Dans ce .cas, tout autour de la poche, le tissu hépatique condensé par la pression est pâle et presque exsangue.

Le pus qui se trouve dans ces abcès est tantôt blanchâtre et crémeux, tantôt lie-de-vin. Dans le début il ne contient que fort peu de bile, d'après Rokitansky ; mais à mesure que la collection purulente devient plus volumineuse, elle détruit des tubes biliaires et des vaisseaux sanguins et le pus est alors mêlé d'une assez grande quantité de bile et de sang. C'est pourquoi le pus des abcès hépatiques peut présenter diverses colorations, depuis le blanc-jaunâtre jusqu'à la couleur lie-de-vin ou chocolat. On comprend que quand l'abcès est petit, enkysté peut-être, et en tout cas n'a pas encore causé de grands désordres dans le parenchyme hépatique, le pus est blanc, crémeux. C'est cette coloration du pus qu'on rencontre le plus généralement dans les abcès du foie non diagnostiqués pendant la vie et que l'on découvre seulement à l'autopsie. Au contraire, si l'abcès est volumineux et a détruit une partie assez considérable du tissu du foie, il est fatal que des canaux biliaires et vasculaires ont été rompus, et le pus, attiré qu'il est par la bile et la matière colorante du sang et suivant la prédominance de l'une ou de l'autre de ces substances, est alors de couleur jaune-verdâtre, lie-de-vin ou chocolat.

D'après Riemsdyk et Sachs, le pus a toujours une odeur de bouillon assez fade. D'après Rendu, il est généralement

inodore tant qu'il reste enkysté dans l'intérieur du foie, sauf les cas où l'abcès occupe la partie antérieure de la glande et se trouve contigu au gros intestin; il peut alors avoir une odeur stercorale.

Relativement à leur siége, les abcès se développent de préférence dans le lobe droit du foie qui paraît être leur lieu d'élection et surtout vers sa partie postérieure. D'après Rouis, sur 156 cas, 122 fois l'abcès siégeait dans le lobe droit, 3 fois le lobe gauche était atteint isolément, 23 fois les deux lobes étaient envahis simultanément; dans le reste des cas, la collection occupait soit le lobe de Spigel, soit les trois lobes réunis. Les recherches statistiques du docteur Sachs donnent des résultats identiques.

Ces abcès sont tantôt superficiels, situés immédiatement au-dessous de la membrane de Glisson qu'ils soulèvent, tantôt, au contraire, ils sont situés plus profondément et doivent traverser pour arriver au dehors une portion plus ou moins étendue de substance hépatique,

Il est très exceptionnel de voir le pus des abcès du foie se résorber: cette résorption est cependant possible. Dutroulau en cite un cas remarquable. Alors les parois de la poche se rapprochent et s'épaississent, du tissu cellulaire se forme en abondance pour combler les vides, car le tissu hépatique ne suit pas entièrement cette rétraction, et à la fois, il peut même ne plus rester qu'une petite masse calleuse, dans l'intérieur de laquelle se trouve souvent un reste de pus épais, caséeux.

Souvent le pus s'enkyste; d'après la statistique de Waring, 56 p. 100 des abcès restent enkystés dans le foie sans s'ouvrir au dehors, et cette estimation est évidemment au-dessous de la vérité, puisqu'elle ne tient compte que des cas mortels vérifiés par l'autopsie. Or, bien que la guérison des abcès hépatiques ne soit pas malheureusement chose

commune, elle se rencontre de temps en temps. La preuve en est que fréquemment les médecins qui exercent dans les pays chauds ont l'occasion de constater chez des sujets morts d'affections diverses, la trace d'anciens foyers de suppuration hépatique réduits à l'état de noyaux caséeux ou crétacés et devenus complètement inoffensifs. Souvent aussi le pus séjourne pendant plus ou moins longtemps dans le parenchyme hépatique sans grand dommage, jusqu'au jour où la fièvre s'allume, mine sourdement l'économie et emporte le malade.

La tendance des abcès du parenchyme hépatique est comme celle de tout autre collection purulente, d'augmenter de volume et de marcher vers la périphérie. Que cette évolution soit lente ou rapide, elle détermine toujours l'inflammation des organes voisins, et le résultat de cette inflammation par contiguité, est la formation d'adhérences néo-membraneuses. Mais cet accroissement n'est pas illimité et il arrive un moment où l'abcès se rompt. Heureusement, les adhérences du péritoine existent déjà depuis longtemps, de sorte que, à moins qu'elles n'aient été rompues par une violence quelconque, les épanchements dans la cavité péritonéale sont devenus impossibles; mais ils ont lieu, soit dans les organes avec lesquels l'abcès est adhérent, soit à l'extérieur, directement ou par des trajets fistuleux. Cette dernière terminaison, qui serait assez favorable, est assez rare. Le poumon est, de tous ces organes, celui qui donne le plus souvent issue au contenu des abcès du foie et sans contredit, c'est aussi la terminaison la plus favorable des abcès ainsi abandonnés à eux-mêmes, malgré la destruction d'une partie du parenchyme pulmonaire. Ajoutons qu'elle n'est pas très rare, surtout quand l'abcès n'est pas volumineux, qu'il siège près de la cavité thoracique et que la communication est parfaitement limitée.

L'épanchement dans la plèvre est fort rare, par suite de la formation d'adhérences des feuillets de cette sireuse, déterminées par irritation de voisinage. L'évacuation de l'abcès dans le colon transverse constitue également une terminaison relativement favorable. Viennent ensuite par ordre de fréquence, le duodénum, l'estomac, le péricarde, la veine-cave inférieure, le conduit hépatique, la veine-porte, etc., etc., ces terminaisons, en raison, soit des troubles digestifs, soit de l'infection purulente, soit des embolies qui en sont la conséquence, sont presque toujours mortelles.

On comprend la possibilité des embolies dans les abcès volumineux, embolies rapidement mortelles. En effet, quand par la corrosion d'un vaisseau sanguin, la cavité de l'abcès se remplit de sang, des caillots peuvent parvenir dans la veine-cave inférieure par la veine hépatique, de là, dans la cavité droite du cœur et dans les poumons, où, comme embolies, ils amènent la mort.

Les gros vaisseaux interlobulaires subissent un travail irritatif en tous points comparable à celui des vaisseaux sanguins, leur paroi s'épaissit et leur lumière est oblitérée par l'accumulation des cellules endothéliales. Toutefois ces altérations ne sont pas constantes.

Une fois l'abcès fermé, bien circonscrit, s'il est peu volumineux, les autres parties du foie qui, au début, avaient pris part à l'inflammation, reprennent leur aspect normal, sauf un peu de rougeur et d'hypérémie persistantes. Dans les grandes collections purulentes, tout le tissu hépatique reste foncé, consistant.

Ce rapide exposé d'anatomie pathologique était indispensable pour faciliter l'étude des diverses méthodes de traitement qu'on a appliquées aux abcès hépatiques.

TRAITEMENT.

Nous venons de voir que les abcès du foie ont une tendance à devenir plus volumineux et à s'agrandir rapidement soit par l'annexion des tissus environnants, soit par la confluence avec d'autres abcès: de plus, nous savons également que leur terminaison naturelle la plus favorable est l'évacuation de leur contenu par le poumon et les bronches, ce qui s'effectue au prix de dangers considérables pour le malade. On est donc surpris, à juste titre, que quelques chirurgien tels que Morehead, Mac-Léan, Budd, aient préconisé la non intervention chirurgicale, remettant à la nature le soin de débarrasser le malade de sa collection purulente.

C'est Mac-Léan surtout, à qui son titre d'Inspecteur général du service sanitaire aux Indes, donne une grande autorité, qui a repoussé le plus énergiquement toute intervention chirurgicale, même quand la fluctuation est démontrée. Il redoutait surtout de mettre le foyer de suppuration en communication avec l'air atmosphérique et d'y introduire ainsi les germes d'une fermentation putride, ne remarquant pas que, dans le genre de guérison par les voies naturelles qu'il reconnaît être le plus fréquent et le plus favorable, c'est-à-dire l'élimination du pus à travers le poumon et les bronches, l'air atmosphérique et les germes qu'il peut contenir sont forcément en communication avec la cavité de l'abcès. Peut-on de plus admettre avec lui qu'il y ait un avantage immédiat, considérable, à ce que l'évacuation de la collection purulente se fasse lentement, progressivement, de façon à permettre à la poche de se combler graduellement et de revenir petit à petit sur elle-même, quand il

semble que les cas les plus heureux de l'évacuation de l'abcès du foie par le poumon sont ceux où l'on a vu la collection purulente être rendue entièrement par une copieuse vomique, permettant à l'abcès de se vider ainsi du coup et rapidement et de ne plus venir ensuite irriter le tissu pulmonaire que par une suppuration très peu abondante ?

Peut-on craindre également avec lui les dangers d'une ponction exploratrice, susceptible de léser le tissu du foie et d'augmenter ainsi l'inflammation de cet organe ? Non certes, et l'expérimentation a répondu depuis longtemps à cette objection. Il est démontré que, pratiquées avec les précautions nécessaires, les ponctions exploratrices faites à l'aide des appareils aspirateurs de Dieulafoy ou de Potain, que ce soit pour assurer le diagnostic et précipiter le siége de l'abcès, ou pour évacuer la collection purulente en totalité ou en partie, sont d'une absolue innocuité, même quand on les fait avec une aiguille de fort calibre, ainsi qu'il est recommandé par Jules Guérin, car une aiguille trop fine aura presque toujours son orifice obstrué par des grumeaux ou des lambeaux du tissu sphacélé. Lavigerie, dans sa thèse, a démontré combien ces ponctions aspiratrices étaient inoffensives. Jaccoud cite un cas très curieux où quinze ponctions ont été pratiquées sur un malade, sans qu'à l'autopsie on ait pu découvrir des lésions bien appréciables dans le foie. Béranger-Féraud la considère comme si bénigne, qu'il l'a conseillée dans certaines maladies du foie comme saignée locale. Enfin, en Chine, tous les chirurgiens Anglais dont la compétence est si grande dans ces affections, sont d'accord pour reconnaître que si ces ponctions, même répétées, sont insuffisantes pour guérir l'abcès du foie, elles sont d'une utilité incontestable pour établir le siège de l'abcès sans présenter aucun danger pour le malade, dans le cas où une erreur de diagnostic aurait pu être commise.

D'ailleurs la statistique se charge malheureusement de démontrer les dangers de l'expectation. D'une part, l'élimination du pus par le poumon est pour ainsi dire l'exception dans l'évolution des abcès du foie, puisque la statistique montre que 10 fois sur 100 seulement le pus suit cette voie et 2 fois seulement la voie intestinale : au contraire, 55 fois sur 100 les abcès restent enclavés dans l'intérieur de cet organe, et tous ces cas sont invariablement mortels. Ainsi donc, de par le fait de la non-intervention, on fait courir au malade 88 chances pour 100 de mort, sans compter les dangers inhérents à l'inflammation pulmonaire. A ce sujet, Dutroulau dit que « Il est si vrai que c'est la maladie de ce »dernier organe qui fait toute la gravité, dans ce cas, que »quelquefois l'abcès du foie marche vers la guérison pen»dant que la suppuration pulmonaire conduit le malade à »la mort.»

D'autre part, il est des observations indubitables de sujets condamnés à une mort certaine et dans un état presque désespéré, qui ont dû la vie à une intervention chirurgicale. Ici encore la statistique démontre d'une façon péremptoire l'efficacité du traitement chirurgical. M. de Castro donne sur un nombre de cas considérable, les résultats suivants : non opérés et morts, 75 p. 100; opérés et morts, 48 p. 100. La Société d'Alexandrie, qui a repris la question, donne des chiffres encore plus convaincants: non opérés et morts 80 p. 100 ; opérés et morts 52 p. 100.

L'expectation nous paraît donc on ne peut plus condamnable. Attendre l'ouverture de l'abcès par les voies naturelles, c'est marcher à l'aventure et faire courir au patient tant de chances de mort qu'on est étonné qu'une pareille méthode ait eu des partisans. De nos jours aucun chirurgien n'oserait plus s'abstenir, car, non seulement on est convaincu qu'il faut agir, mais encore on a reconnu l'utilité d'agir vite et avec énergie.

Les succès éclatants obtenus dans ces dernières années sont dues uniquement à l'observance stricte de la règle qui prescrit de pratiquer l'ouverture de l'abcès aussitôt que possible.

Il est certain que l'intervention chirurgicale n'est pas toujours possible, ni indiquée. L'opération ne doit pas être pratiquée quand l'abcès n'est accessible à un instrument sans que des parties voisines ne soient dangereusement atteintes ; de même il est bon de s'abstenir quand il est évident que la rupture dans le poumon ou dans les intestins est imminente. Dans ce cas, en faisant une ouverture artificielle, on pourrait donner lieu à la formation d'une fistule pulmonaire ou intestinale.

L'état général du malade peut-il être une contre-indication à l'opération ? Dans sa thèse, le Dr Bernard dit que, quand l'état général du malade est grave, qu'il est en proie à la fièvre hectique, que l'on suppose des abcès multiples et que l'on ne peut préciser leur siége, il vaut mieux attendre et ne pas opérer. Nous croyons qu'il y a là une erreur.

L'opération par l'incision au bistouri a donné d'excellents résultats chez des malades qui étaient arrivés à l'état d'émaciation extrême de la période avancée de la dysenterie chronique. Dans un cas, les lésions intestinales ont continué à évoluer pendant toute la durée du traitement de l'abcès du foie ; de plus, il y a eu récidive et l'opération a dû être faite une deuxième fois dans des conditions absolument désespérées. Un de nos collègues, le Dr Paul A...., opéré à Shang-Haï par M. Stromeyer-Little, était également arrivé au dernier degré du marasme, ainsi qu'il l'affirme lui-même, quand il se résigna à accepter l'opération. Un mois après il était en état de prendre le paquebot pour rentrer en France. M. F...., lieutenant d'infanterie de marine, qui fait le sujet de notre première observation, était lui-même dans un état

de santé déplorable, quand on l'a opéré pour la deuxième fois et il a rapidement guéri.

Si le malade est en proie à la fièvre hectique, il nous semble au contraire qu'il y a urgence et qu'il est nécessaire de le débarrasser au plus vite de son foyer d'auto-infection. C'est ici surtout que l'ouverture au bistouri est utile, car la ponction, comme nous le verrons, ne donne dans ce cas qu'un soulagement temporaire, Le foyer est déjà très vaste et la fièvre hectique reparaît bientôt, le pus n'ayant pas une issue facile à l'extérieur. Il en est de même de la ponction aspiratrice à l'aide de l'appareil de Dieulafoy ou de celui de Potain. Presque toujours au bout de quelques jours les symptômes graves reparaissent, l'aspiration doit être répétée, et finalement après diverses ponctions successives, la mort a lieu par épuisement et hecticité.

Est-ce à dire que dès que l'on soupçonne la présence d'un foyer purulent dans le foie, il faille ponctionner? Evidemment non. Si l'on attend pour ouvrir un phlegmon du tissu cellulaire qu'il se soit collecté et circonscrit, a plus forte raison faut-il agir avec circonspection avant de pratiquer une opération sur un organe aussi profond que le foie. Mais il ne faut pas attendre trop longtemps, et comme le recommande M. Boinet, agir dès qu'on a la conviction que l'abcès est formé. « Il ne faut pas oublier, dit-il, que plus l'évacuation de l'ab»cès est tardive, plus grand est le danger, soit d'un épan»chement dans l'abdomen, soit d'une désorganisation éten»due du foie, soit enfin de la formation d'un kyste à parois »dures, rigides, d'une cicatrisation difficile. On ne doit pas »toujours attendre que la fluctuation se produise ou que les »parois abdominales soient œdématiés, car ces symptômes peu»vent n'apparaître que plus tard, notamment dans les espaces »intercostaux. Dans cette région, il suffira que les fausses »côtes se projettent au-dehors et que les espaces intercos-

»taux soient comblés pour justifier l'intervention chirurgi-»cale. »

Les chirurgiens anglais qui exercent en Chine opèrent le plus tôt possible. C'est que la formation d'un abcès a une marche si insidieuse, surtout dans les pays intertropicaux, que rarement il existe des signes pathognomoniques caractéristiques dans la première période du processus morbide et que le plus souvent la collection purulente est suffisamment formée quand on peut la diagnostiquer et en préciser le siége par une ponction exploratrice. La présence d'un abcès au début dans l'organe enflammé est bien plus difficile à reconnaître que l'hépatite elle-même. La suppuration ne s'annonce pas toujours par des frissons, de la fièvre, cela n'arrive même qu'exceptionnellement au début. Souvent il faut conclure à la formation d'un abcès par la durée des symptômes morbides généraux, un état fébrile insignifiant et surtout par la diminution de la douleur auparavant répandue sur tout l'organe, et l'apparition d'une douleur localisée à l'endroit circonscrit où siége l'abcès: quelquefois même la scopulalgie est le seul symptôme accusé par le malade. Malheur au médecin et trois fois malheur au pauvre malade si cette sourde douleur n'est pas bien interprêtée, bien évaluée dans tout ce qu'elle contient de menaces pour la vie de ceux qui sont atteints d'une grave altération du foie.

Le plus souvent, pour ne pas dire toujours, ce n'est que quand l'abcès est bien collecté et circonscrit qu'on le diagnostique, et c'est alors, sans plus tarder, qu'il faut opérer; tant mieux si l'état général du malade est encore très satisfaisant, il n'en aura que plus de chances de guérison. Attendre le moment où l'abcès fera saillie et où la fluctuation sera manifeste, c'est perdre un temps d'autant plus précieux, que l'opération ne tardera pas fatalement à

s'imposer et qu'il n'y a presque aucune chance de voir l'abcès se résorber ainsi que nous l'avons déjà exposé.

Il n'existe pas, en réalité, de lieu d'élection pour l'opération des abcès du foie. L'ouverture doit être pratiquée à l'endroit où ils s'approchent le plus de la surface où ils peuvent être atteints sans que les parties voisines soient lésées. Devant l'indication absolument prépondérante de pratiquer l'opération aussitôt que possible, c'est une faute très grande quand l'abcès se manifeste d'abord dans la région de l'épigastre ou sous l'arcade costale d'attendre, comme le veut Ziménés, jusqu'à ce que la fluctuation se montre dans les espaces intercostaux, pour ouvrir l'abcès en cet endroit.

On comprendra combien il importe au succès de l'opération que l'abcès soit peu volumineux, si on remarque que lors de l'évacuation, il y a affaissement de ses parois. Les parties voisines ne suivent pas alors assez vite le mouvement de retrait, les adhérences peuvent se déchirer, être détruites et une péritonite mortelle en est la suite. Quant au contraire les adhérences sont assez solides, la rétraction des parois de l'abcès est entravée et alors des tiraillements continuels et des suppurations intarissables en sont la conséquence.

Quand l'abcès siège à la face convexe du foie, les points les plus favorables pour la fonction exploratrice et pour l'incision se trouvent dans le huitième ou le neuvième espace intercostal, sur le trajet de la ligne axillaire, car c'est le point où les espaces ayant la plus grande largeur, permettent de manœuvrer le plus facilement et de placer un tube du plus fort calibre, sans crainte d'intéresser les côtes qui pourraient s'enflammer et se nécroser consécutivement.

Quand la suppuration se dirige vers la face concave, le diagnostic devient plus facile, car le foie débordant le colon, est délimité d'une façon plus précise par la palpation et la

percussion. Dans ce cas, le lieu d'élection se trouve situé au-dessous des côtes, dans un point plus ou moins élevé, suivant le degré d'abaissement du foie. Il est important que le point de la ponction se trouve aussi haut que possible, parce qu'alors les adhérences courent moins de danger d'être tiraillées et déchirées par la traction, quand le foie tuméfié et alourdi avant l'opération remonte en perdant en dimension et en pesanteur. C'est ce mouvement en haut du foie réintégrant sa place normale qui avait engagé Ziménés, d'après Lins Ramirez, à fonctionner toujours entre le sixième et le dixième espace intercostal.

DES PROCÉDÉS USITÉS POUR L'OUVERTURE DES ABCÈS DU FOIE.

De nombreux procédés ont été préconisés pour l'ouverture des abcès du foie. Pendant la première moitié de ce siècle, la préoccupation constante des opérateurs a été d'obtenir préalablement entre la surface de l'abcès et la paroi abdominale des adhérences qui permissent d'arriver directement sur la tumeur sans léser le péritoine. Telle est l'origine des procédés de Récamier, Graves, Bégin, que nous allons succinctement décrire.

Le procédé de Récamier est certainement celui qui a eu le plus de retentissement en France. Grâce à l'autorité de son auteur, il a tellement pénétré dans tous les esprits, que c'est encore lui qui est préféré par un grand nombre de médecins, épouvantés à la seule idée d'ouvrir un abcès du foie au bistouri, sans se préoccuper du péritoine.

Il consiste dans l'application répétée de potasse caustique au point saillant de la tumeur, en quantité suffisante pour obtenir une eschare ayant 3 centimètres carrés de surface. Au bout de deux semaines environ, cette application de

caustique répétée tous les deux jours après une incision faite sur l'eschare a déterminé la formation d'adhérences solides et permet d'ouvrir la poche et d'y pratiquer des injections.

De tous les procédés, c'est certainement le moins dangereux et celui qui permet d'arriver le plus sûrement sur le foyer de l'abcès. Il offre de grands avantages, mais il a aussi plusieurs inconvénients, j'oserai dire plusieurs dangers.

Il est certain qu'il permet d'agir sûrement et méthodiquement ; qu'il est à la portée de tout le monde ; qu'il ne nécessite pas un manuel opératoire compliqué ; qu'il est rarement suivi d'érysipèle, avantage incontestable surtout dans certains hôpitaux ; qu'il permet enfin d'aller chercher très loin des abcès intra-hépatiques sans provoquer d'hémorrhagies, ni de gangrènes du tissu du foie, mais par contre il est douloureux et lent.

La continuité de la douleur provoquée par cette application constante et réitérée de caustiques dans des tissus déjà si sensibles par le fait de l'inflammation hépatique, a souvent chez le malade une action funeste. Déjà, de par le fait du retentissement causé par l'abcès du foie sur l'économie en général et les voies digestives en particulier, le malade maigrit et s'émacie rapidement ; cette nouvelle source de douleur n'est point faite pour porter remède à ces désordres. Elle augmente, au contraire, les troubles digestifs et surtout détermine les affreuses insomnies, si rebelles et si fatigantes que l'on signale dans cet état morbide.

Mais c'est surtout la lenteur du procédé qui est à redouter ; il faut une quinzaine de jours pour pénétrer avec le caustique dans le parenchyme hépatique. Or, dans une maladie qui marche aussi vite que l'hépatite suppurative, cette perte de temps est des plus préjudiciables au malade. En effet, la collection purulente augmente rapidement de volume, le parenchyme hépatique est de plus en plus

détruit, la fièvre hectique s'allume et quand on ouvre enfin l'abcès, s'il ne s'est pas rompu prématurément. il arrive fréquemment que par suite de la rétraction des parois de cet abcès devenu aussi volumineux, les adhérences péritonéales quoique larges et solides sont tiraillées, rompues même et peuvent donner lieu à la péritonite qu'on croyait cependant si bien éviter par ce procédé. Et si ces ruptures ne se produisent pas, il arrive fatalement que les désordres sont tels que la réparation du parenchyme hépatique devient sinon impossible, du moins lente et difficile. L'abcès enfermé alors dans une espèce de coque membraneuse, épaisse qui, malgré qu'elle se rétracte le plus qu'elle peut, reste rigide et laisse la cavité abcédée, béante, n'arrive jamais à tarir et donne alors lieu à des suppurations chroniques, qui épuisent le malade et sont rapidement mortelles.

C'est l'opinion de M. Boinet qui regarde même ces adhérences artificielles comme un véritable danger. Pour cet auteur, « elles peuvent être préjudiciables dans certaines »limites, et contraires au but que le chirurgien se propose. »En effet, si l'on considère que les adhérences, en fixant le »foie contre la paroi thoracique, empêchent la rétraction et »la cicatrisation du foyer, on comprendra, et plusieurs faits »l'ont démontré, que le foie ne pourra jamais reprendre sa »position normale, attendu qu'il se trouve retenu et que, »quand même le foyer s'est notablement réduit, il reste »une cavité de dimensions variables dont l'occlusion devient »plus difficile.»

Aussi le même auteur dit, avec raison, qu'on ne doit pas s'illusionner sur la valeur des adhérences que l'on développe par le moyen des caustiques. « On ne doit pas perdre »de vue, dit-il, que souvent les adhérences sont peu solides »et qu'elles peuvent se rompre après l'évacuation du foyer,

»de sorte qu'elles permettent au pus de tomber dans la »cavité du ventre. Même après l'ouverture de l'abcès, la »rétraction dont les parois sont le siège, se continue d'une »façon incessante, concentrant nécessairement ses efforts »sur le point où sont les adhérences : celles-ci finissent »quelquefois par céder et Ziménés a cité un cas de ce »genre »

Le procédé de Graves qui est le plus ancien et celui de Bégin qui n'en est qu'une modification, sont d'une exécution plus rapide. Mais s'ils n'encourent pas le reproche de lenteur, ils sont bien autrement dangereux.

Graves incisait avec le bistouri toutes les couches de la paroi abdominale sans pénétrer jusqu'au péritoine ; il s'arrêtait à deux ou trois millimètres de la séreuse et remplissait la plaie de charpie. Des adhérences se formaient les jours suivants, et le pus se faisait jour spontanément sous l'influence du moindre effort. N'est-il pas à craindre que l'inflammation qui doit provoquer les adhérences ne soit trop vive et ne s'arrête pas au pourtour de la plaie et devienne générale ? Budd reproche de plus à ce procédé de provoquer la gangrène des parois du foyer.

Le procédé de Bégin est très analogue au précédent, et tout aussi dangereux que lui. Il incisait la paroi abdominale en respectant le péritoine. Arrivé sur cette membrane, il la soulevait avec des pinces, y pratiquait une ouverture en dédolant et la divisait sur la sonde cannelée introduite par cette ouverture. Il arrivait alors au niveau du foie auquel il ne touchait pas. La plaie était pansée à plat avec de la charpie, que l'on enlevait deux ou trois jours après, quand on supposait que les adhérences péritonéales avaient eu le temps de s'établir. Ici encore les chances de péritonite sont considérables, bien plus même que dans la méthode précé-

dente, puisque l'on introduit la charpie directement dans la cavité abdominale.

Citons encore parmi les procédés dans lesquels on recherchait la formation des adhérences, celui de Trousseau, basé sur l'acupuncture, sitôt oublié que conçu, même par son illustre auteur, et celui plus bizarre et plus vite oublié encore de Mac-Léan qui consistait à pratiquer dans la région de l'abcès une série de petites mouchetures que l'on obturait ensuite avec du collodion.

Pénétrés de l'idée qu'il est de toute nécessité d'aller vite dès qu'un abcès du foie est diagnostiqué, les chirurgiens ont cherché de bonne heure des procédés permettant d'évacuer le pus rapidement et en faisant courir au malade le moins de danger possible. Nous avons plusieurs procédés: celui de Horner, de Cambey, et la ponction aspiratrice.

Horner faisait pour les abcès du foie, ce qui se pratique lorsqu'on établit un anus artificiel. Il incisait la paroi abdominale couche par couche et réunissait le foie à cette paroi par une suture profonde, ensuite il incisait le foie. Procédé détestable, car le parenchyme hépatique trop friable est coupé par les fils ; de plus, ce dernier l'irrite et rien n'empêche, en somme, le pus de fuser dans le péritoine.

Le procédé qui offre le plus de chances de mettre le malade à l'abri de la péritonite, en empêchant le pus d'aller dans la cavité péritoneale est celui qu'ont préconisé Cambey et Cameron.

Il consiste à ponctionner le foie avec un trocart le plus volumineux possible, si on veut évacuer efficacement le contenu de l'abcès : l'instrument employé pour ponctionner le kyste de l'ovaire nous paraît être celui qui convient le mieux. On laisse la canule en place pendant quelques jours.

De cette façon, l'orifice artificiellement établi, est hermétiquement fermé et le passage du pus dans la cavité péritonéale est impossible. De plus, la présence de la canule détermine de l'inflammation ; par suite au pourtour de la plaie péritonéale des adhérences s'établissent au bout de quelques jours ; elles sont assez résistantes, la plaie est canalisée et on peut sans inconvénient substituer alors à la canule une sonde en gomme élastique ou un gros drain, en ayant soin qu'il ait le même calibre et se moule exactement sur sa circonférence. Par ce drain, le pus s'écoule librement et permet même de faire dans la cavité des injections détersives.

Le Dr Sachs dans son traité modifie cette pratique. Il fait une première ponction exploratrice avec un trocart mince et ne laisse couler qu'une très petite quantité de pus. Disons entre parenthèse, qu'il arrive parfois qu'on n'obtient pas de pus, soit parce qu'on n'a pas atteint l'abcès, soit parce que des flocons de pus obstruent la canule étroite du trocart. Dans le premier cas, on peut atteindre la cavité de l'abcès en enfonçant plus profondément le trocart, ou en le retirant un peu, ou bien en changeant la direction de la ponction. Dans le second cas, l'obstruction de la canule peut déborder soit par l'introduction de la sonde, soit par l'aspiration.

Quelque temps après il fait une seconde ponction avec un trocart plus volumineux, qui doit être pourvu d'un robinet et peut avoir jusqu'à 6 millimètres. Avant de pratiquer cette seconde ponction, il fait une incision de 2 à 4 centimètres intéressant la peau et la couche supérieure des muscles abdominaux. Par ce moyen, le glissement et l'invagination de la peau élastique sont évités. L'opération est de beaucoup facilitée, et ce qui est très important, la réaction autour de la canule à demeure est considérablement amoindrie.

De Castro a inventé un trocart dont la canule et le stylet creux possèdent de petites ouvertures correspondantes, dé-

bouchant toutes ensemble vers la poignée de l'instrument. Les liquides que le trocart rencontre viennent alors sourdre aussitôt et on est de suite averti qu'on a pénétré dans l'abcès. C'est qu'en effet il peut arriver, quand l'abcès siége profondément, que l'opérateur, ne percevant pas l'impression de résistance vaincue qu'on ressent avec l'instrument en pénétrant dans une cavité, continue à enfoncer le trocart et dépasse l'abcès pour arriver dans le parenchyme du foie. Dans ce cas : 1° on n'obtient pas de pus ; 2° on pique et on irrite une partie du foie qui avait été ménagée. L'instrument inventé par de Castro remédie à ces inconvénients.

M. le Dr Forné, médecin principal de la marine, pour faciliter les explorations en divers sens dans le foie sans amener de piqûre, a imaginé un trocart particulier. Son trocart se compose de deux canules s'engageant à frottement l'une dans l'autre. L'externe plus courte que l'interne, peut glisser sur celle-ci et, à volonté, la déborder ou non, par son extrémité qui est taillée en bec de flûte : cette extrémité est piquante. Quand on veut enfoncer l'instrument, on fait donc déborder la canule externe. Dès qu'on est dans l'abcès, on fait glisser cette canule externe de manière à la rendre inoffensive par son application le long de la canule interne. Celle-ci est mousse par son extrémité, munie de trous : elle est également munie d'un robinet. Au moyen de cet instrument, on peut explorer la cavité de l'abcès en divers sens sans craindre de blesser le parenchyme hépatique.

Le procédé de Cambey est très répandu dans les pays où l'hépatite suppurée est endémique. Aux Indes, Sir Ranald, Martin et Cameron le préconisent. Au Mexique, il a donné d'excellents résultats à Ziménés ; Ramez en est également un grand partisan.

Ce procédé n'est pourtant pas aussi avantageux qu'il le paraît au premier abord. Le résultat immédiat est un grand

soulagement pour les malades qui éprouvent une sensation de bien-être remarquable. Mais bientôt les forces et l'appétit qui, après l'opération étaient revenus, ne tardent pas de nouveau à dépérir; la suppuration languit et devient intarissable, la fièvre s'allume et les malades sont emportés par l'infection purulente et l'hecticité.

C'est que dans les abcès du foie il faut tenir compte des débris quelquefois si abondants du tissu hépatique imparfaitement détruit: dans cette poche il existe toujours des lambeaux plus ou moins mortifiés adhérents aux parois ou qui flottent dans la cavité purulente. Si dans un abcès de ce genre on vient à verser de l'eau, on voit flotter une sorte de chevelu fibreux, analogue à des villosités ramifiées, qui donnent à la poche un aspect tomenteux. Ces villosités sont constituées par les petits vaisseaux du foie qui résistent à la suppuration plus que le parenchyme hépatique proprement dit. Les cellules hépatiques subissent, les premières, la fonte purulente, elles se désagrègent, disparaissent ou se réunissent en grumeaux qui nagent dans le pus. Ce sont là les parties qui sont évacuées par le drain dans le lavage de la poche; mais la trame fibreuse et vasculaire reste dans la cavité, et c'est elle qui devient une cause permanente d'irritation; c'est elle qui rend la suppuration si persistante, bouche si souvent l'orifice du drain, engendre la fièvre hectique et fait que ce procédé excellent au premier abord, devient déplorable par la suite et détermine si souvent la mort.

Il en est de même de l'aspiration à l'aide des appareils de Potain et de Dieulafoy. Excellent procédé d'exploration et de diagnostic, déplorable méthode de traitement. On cite des guérisons, c'est incontestable. Mais combien cite-t-on aussi de cas de récidive à une époque plus ou moins éloignée, qui ont alors nécessité une intervention plus radicale. Certainement ce moyen est simple, accessible à tout le monde et ne

nécessite pas des qualités opératoires spéciales, mais la reproduction incessante du liquide purulent est la règle, et il est tout-à-fait exceptionnel de voir les parois de l'abcès se cicatriser.

En somme, la ponction capillaire aussi bien que la ponction avec le trocart, d'après la méthode de Cambey, si elle expose à peu de dangers et constitue une ressource précieuse dans certains cas, nous paraît comme traitement définitif, non seulement insuffisante, mais encore inutile et même dangereuse, puisqu'il faut presque toujours se décider à ouvrir franchement et largement la poche purulente.

C'est en effet par une large incision de la paroi abdominale avec pansement antiseptique qu'il paraît préférable à tous égards de traiter les abcès du foie. Cette manière de faire, malgré qu'elle ait paru tout d'abord fort dangereuse, s'est imposée déjà par les résultats qu'elle a donnés. La statistique bien qu'elle soit rudimentaire et qu'elle ne porte que sur un petit nombre de cas, a enregistré depuis la première application de ce procédé, des succès tellement supérieurs à ceux obtenus par les autres méthodes, que l'hésitation ne nous semble plus permise.

Le mode de traitement des abcès du foie qui consiste dans une large incision de la paroi abdominale, avec pansement de Lister, a été plusieurs fois l'objet de grandes discussions au sein de Sociétés savantes et y a longtemps rencontré plus d'adversaires que de partisans. En France, en Angleterre, en Allemagne, plus d'une illustration chirurgicale a vivement protesté contre une pareille pratique, chaque fois qu'il s'est trouvé une voix pour la soutenir.

Volkmann, en 1877, au Congrès de la Société des chirurgiens Allemands, essaya en vain de la discuter.

En France, elle ne fut pas mieux accueillie lors de la

communication de M. J. Rochard à l'Académie de médecine. « Malgré la confiance que nous avons dans la méthode anti-»septique, dit Simon Duplay, cette conduite nous paraît »cependant fort téméraire, et elle a été loin de réunir l'una-»nimité des suffrages des chirurgiens Allemands eux-mêmes.»

Néanmoins, dans ces dernières années, quelques chirurgiens, enhardis par de nombreuses expériences sur les animaux, et trouvant d'ailleurs dans la mortalité effrayante attachée à tous les procédés de traitement usités jusqu'à ce jour, une excuse suffisante à une pareille hardiesse, n'ont pas craint de mettre en pratique ce nouveau mode de traitement et maintes fois, même dans des circonstances peu favorables, ils ont obtenu d'éclatants succès.

C'est au Dr Stromeyer-Little, de Shang-Haï, que revient l'honneur d'avoir osé le premier employer cette manière de faire. Frappé des mauvais résultats donnés par le procédé de Récamier, de Cambey, et par l'aspiration répétée avec l'appareil de Dieulafoy, il avait été de bonne heure conduit à ouvrir les abcès du foie directement au bistouri. Jamais sa hardiesse ne fut suivie de péritonite. Mais l'amélioration très marquée après l'opération ne tardait pas à disparaître ; la suppuration mêlée de lambeaux de tissu hépatique devenait excessive et la mort avait lieu par infection purulente ou par fièvre hectique. C'est ainsi que sur vingt cas successivement traités à l'hôpital de Shang-Haï, par les procédés ordinaires, ou par l'ouverture directe au bistouri sans pansement antiseptique, ce chirurgien n'avait obtenu qu'un seul succès, et encore était-ce pour un abcès à marche lente, qui était venu former une petite tumeur fluctuante au creux épigastrique, et qui, abandonné à lui-même, guérit sans accident, après son ouverture directe à travers la paroi abdominale et l'évacuation d'une petite quantité de pus. Pour lutter contre les dangers si redoutables de l'infection purulente qui emportait le plus

grrnd nombre de ses malades, Stromeyer-Little eut alors l'idée d'avoir recours au pansement antiseptique de Lister, et bientôt il eut le bonheur de voir guérir 5 cas, successivement traités par son procédé d'incision directe au bistouri, auquel il avait ajouté et rigoureusement appliqué la méthode Listérienne.

Pour expliquer de pareils faits, il faut évidemment admettre qu'il existe des adhérences péritonéales dès qu'il y a dans le parenchyme hépatique une collection de pus assez volumineuse pour manifester sa présence à l'extérieur dans la région du foie, soit par un effacement du creux intercostal, soit par un simple écartement de cet espace. Or, nous avons vu dans notre court exposé d'anatomie pathologique, que quand un abcès du foie devient perceptible à nos moyens d'investigation et peut être diagnostiqué, il a déjà produit dans cette glande et les organes circonvoisins des lésions inflammatoires suffisantes pour amener des adhérences entre les feuillets du péritoine.

On peut presque affirmer et c'est une opinion émise depuis longtemps déjà par Dutroulau et qui est partagée par presque tous les médecins de la marine, que lorsque l'abcès du foie est volumineux, et que la région abdominale présente une saillie même légère, il existe entre les deux feuillets de la séreuse péritonéale des adhérences telles qu'on peut sans crainte débrider l'abcès avec le bistouri.

Le Dr Ori raconte une pratique des nègres du Soudan, qui indique manifestement la présence de ces adhérences. Ces nègres, qui tous à peu près s'adonnent à l'ivrognerie et souffrent énormément d'hépatite suppurative, s'ouvrent eux-mêmes sans beaucoup d'embarras les abcès proéminents dans la région hypochondriaque, à l'aide d'un instrument à double tranchant expressément fait pour cet usage et nommé chotal. Il serait manifestement impossible qu'une pareille

manœuvre ne fut pas constamment mortelle, s'il n'existait pas des adhérences péritonéales, surtout chez des gens qui à coup sûr ne connaissent aucune méthode de pansement quelconque. Le Dr Van Riemsdyk partage cette opinion. Dans sa thèse sur l'hépatite suppurative des pays intertropicaux, il dit : « Lorsque l'abcès s'approche de la périphérie, »des adhérences du péritoine avec les organes contigus »sont formées par suite du travail inflammatoire.» Dutroulau dit également à ce sujet : « le péritoine participe à l'inflam»mation du foie et c'est ordinairement par des adhérences »cellulaires ou fibreuses, quelquefois très difficiles à rompre, »et bornées au siège de l'abcès, ou bien étendues à toute »l'enveloppe de l'organe.»

Ce n'est pas seulement le péritoine qui participe à l'inflammation du foie, mais également tous les organes qui sont voisins de la collection purulente; si nous en croyons Dutroulau : « les altérations de la plèvre et du poumon droit »ne sont qu'éventuelles et subordonnées au siège, à la mar»che et à la terminaison des abcès du foie. Dans les abcès »de la face concave, ou de la circonférence qui n'ont aucune »tendance à s'ouvrir dans la poitrine, ces organes sont trou»vés intacts, tout au plus y a-t-il tassement du tissu pulmo»naire, quand le pus refoule fortement le diaphragme. Mais »dans ceux qui occupent la face convexe et qui tendent »presque toujours à se porter vers la poitrine, il se forme »des altérations graves avec une promptitude qui les fait »passer souvent inaperçues pendant la vie.... La pleurésie »adhésive précède ou du moins accompagne ces altérations »pulmonaires.»

Dans sa médecine opératoire, M. le Professeur Dubrueil sans y compter absolument, ne la nie cependant pas. « Bien »qu'en général, dit-il, lorsqu'on vient à ouvrir les abcès du »foie, il existe des adhérences entre le péritoine pariétal et

»le péritoine hépatique, il est bon, pour plus de sûreté, »d'employer les moyens propres à faire naître ces adhérences »au cas où elles n'existeraient pas.»

La douleur d'abord sourde, diffuse, généralisée sur tout l'organe, puis limitée et circonscrite, qui est souvent le premier signe regardé comme constant des abcès du foie, indique elle-même la présence de ces adhérences. Nous savons que le tissu hépatique est insensible, même à l'état pathologique; il faut donc admettre pour expliquer l'origine de cette douleur, non seulement qu'il y a distension exagérée des enveloppes de l'organe et, par suite de la congestion intense dont il est le siège, compression du nerf phrénique, mais encore que l'inflammation a envahi les parties superficielles, qu'il y a de la périhépatite ou une inflammation limitée des séreuses du voisinage, et ce qui semble le prouver, c'est que la douleur hépatique est toujours promptement suivie des phénomènes réactionnels intenses que ces manifestations phlegmasiques vers les séreuses ne manquent jamais d'éveiller. C'est à ce moment, dès l'apparition de ces douleurs, qu'on peut percevoir, non seulement à l'oreille, mais aussi avec la main légèrement appuyée, un bruit de frottement péritonéal, signe manifeste du travail inflammatoire dont cette séreuse est le siége.

En résumé, les résultats obtenus par l'emploi du procédé que nous préconisons, sans écarter d'une façon absolue les dangers de la péritonite, semblent les reléguer au second plan, et justifient la manière de procéder des chirurgiens Anglais; bien mieux, ils donnent une preuve de la nécessité qu'il y a d'intervenir hardiment et aussi promptement que possible, toutes les fois qu'on peut soupçonner la présence d'un abcès du foie. A quoi bon, en effet, attendre pour intervenir que l'organisme soit détérioré par la fièvre, l'insomnie, l'inappétence et les troubles digestifs, et que la suppuration, d'a-

bord limitée, gagne de proche en proche les parties voisines en désorganisant un nombre de cellules hépatiques de plus en plus considérables, jusqu'à détruire, comme on l'a constaté dans certaines autopsies, la presque totalité de l'organe qui n'est plus alors réduit qu'à une coque fibreuse remplie d'un liquide épais, tenant en suspension les éléments du foie transformés en bouillie.

Le procédé de Stromeyer-Little est d'une exécution facile. Voici en quoi il consiste :

Toutes les précautions antiseptiques de la méthode de Lister, telles que Lucas-Championnière les a exposées dans son excellent livre, doivent être rigoureusement prises et observées pendant toute la durée de l'opération et à chaque pansement. La région sur laquelle doit porter l'instrument sera lavée avec une solution phéniquée à 5 p. 100.

L'exploration doit être faite avec l'aiguille d'un appareil aspirateur. Cette aiguille sera d'un fort calibre (environ 3 millimètres). Il est quelquefois nécessaire de faire plusieurs ponctions exploratrices dans diverses directions pour obtenir du pus. Nous avons vu combien était grande l'innocuité de ces ponctions.

Dès que le pus apparaît dans l'aspirateur, le robinet est fermé, l'appareil enlevé, sauf l'aiguille qui est laissée en place. Il est indispensable que cette aiguille soit munie d'un robinet que l'on ferme alors de manière à empêcher le pus de jaillir à l'extérieur, quand la collection purulente est volumineuse et soumise à une assez forte pression, car il y a avantage à ce que la poche purulente soit bien détendue quand on porte le bistouri sur elle.

Immédiatement sur un des côtés de cette aiguille, servant de conducteur, on enfonce un bistouri à lame étroite et l'on fait une incision en entonnoir large à l'extérieur de 5 à 6 cen-

timètres et à l'intérieur de 2 à 3. Cette incision comprend toutes les parois thoraciques, parallèlement aux côtes si on opère dans un espace intercostal. Il est évident qu'il faut prendre ici les mêmes précautions que dans l'opération de l'empyème et conduire, autant que possible, la ponction et le bistouri sur le bord supérieur de la côte inférieure, pour ne point blesser l'artère intercostale.

L'abcès, une fois ainsi largement ouvert, est vidé avec le plus grand soin et aussi complètement que possible. Aucun tiraillement ne doit être exercé sur la peau, cependant, il est nécessaire de pratiquer avec la main appliquée à plat de fortes pressions, bien régulières, sur la face inférieure du foie à travers les parois abdominales. Généralement, le pus s'échappe par jets saccadés pendant les mouvements de la respiration. Si l'évacuation du pus se faisait difficilement, il faudrait introduire dans la plaie une forte pince dont on écarterait les mors.

La cavité de l'abcès est ensuite lavée avec une solution phéniquée à 2 p. 100 et le lavage est continué jusqu'à ce que le liquide sorte limpide, sans renfermer du pus, des grumeaux ou des lambeaux de tissu hépatique.

Un tube plongeur du plus fort calibre est alors introduit jusque dans les parties les plus profondes de l'abcès et fixé au dehors par un fil de soie solide. Ce tube aura été, comme d'ailleurs toutes les pièces du pansement et tous les instruments, soigneusement trempé dans une solution phéniquée à 5 p. 100 ou dans l'huile phéniquée.

La plaie et l'ouverture des drains seront ensuite recouvertes par le protective et par plusieurs doubles de tarlatane trempée dans la même solution, et on achèvera en recouvrant le tout avec un pansement de Lister assez large pour occuper la moitié du corps et maintenu par une bande élastique qui fixera solidement le pansement par deux

circulaires faits en haut et en bas sans gêner les mouvements d'ampliation thoracique. Cette pression élastique du caoutchouc destinée à amener une adhérence toujours aussi exacte que possible, des pièces du pansement contre la paroi thoracique de manière à empêcher l'introduction de l'air qui pourrait être aspiré pendant les mouvements de la respiration est quelquefois difficilement supportée. On fut obligé d'y renoncer chez le malade qui fait l'objet de notre première observation. Il nous semble qu'on remplacera alors avantageusement la bande de caoutchouc par une épaisse couche de coton phéniquée, fixée par une bande. La pression du coton est plus douce, plus élastique, plus régulière et généralement bien mieux tolérée par les malades. De plus, le coton filtre l'air et arrête le germe qu'il faut contenir.

Le pansement sera renouvelé dès qu'on remarquera que les bords sont souillés par un liquide séreux ou séro-purulent. A chaque pansement, il est indispensable de prendre les mêmes précautions antiseptiques. La cavité de l'abcès sera largement arrosée de liquide phéniqué (solution à 1 p. 100), plusieurs litres seront employés de manière à entraîner à chaque fois les débris du tissu hépatique qui se seront détachés.

Toutefois, il ne faut pas trop insister sur ces irrigations. Du moment que dans les eaux de lavage il n'apparaîtra plus aucun fragment du foie, il faut les supprimer. En effet, il est plus nuisible qu'utile de reproduire, à certains intervalles, la cavité qui s'est effacée par la compression permanente exercée par le poumon et les viscères abdominaux et de venir ainsi entraver ou détruire le travail de cicatrisation qui commence à s'opérer de bonne heure après l'opération.

M. le professeur Merlin emploie la solution phéniquée à

2 p. 100 pour les lavages effectués immédiatement après l'opération, mais il préfère ensuite se servir d'eau coaltarée (teinture de coaltar saponiné) dans la proportion de 1/5. L'eau coaltarée jouit, à peu de chose près, des mêmes propriétés antiseptiques que la solution phéniquée, et elle est moins susceptible de déterminer des accidents, soit d'irritation, soit d'intoxication. Il nous paraît également utile de signaler une pratique du même chirurgien, qui consiste à toucher à chaque pansement, avec un pinceau trempé dans une solution aqueuse de bichromate de potasse au dixième non seulement les bords de la plaie extérieure, mais encore la paroi de l'espèce d'entonnoir qu'elle détermine, et cela jusqu'à une profondeur de 2 à 3 centimètres. Il ajoute ainsi l'action antiseptique du bichromate de potasse pendant la durée du pansement à celle de l'acide phénique..

Enfin, on raccourcira le tube plongeur à mesure que la cavité diminue, de façon à amener la cicatrisation à se produire du fond à la surface.

Il est curieux de remarquer que même quand on est obligé de faire une profonde incision dans le foie, pour arriver jusqu'à l'abcès, l'hémorrhagie consécutive à la section des ramifications de la veine-porte est insignifiante. Les médecins de Shang-Haï ne le signalent dans aucune de leurs observations.

C'est par cette méthode qu'ont été soignés les deux malades dont nous allons donner les observations. Le premier (Obs. 1) a été traité par M. le professeur Merlin, le deuxième (Obs 2), d'abord par M. le médecin-principal Forné et ensuite, lors de l'évolution du second abcès, par M. le professeur Barthélemy-Benoît, qui sont des partisans convaincus de ce genre de traitement. Nous allons voir que les résultats obtenus ont été remarquables, malgré la mort

de l'un des deux malades qui, étant en bonne voie de guérison, a sucombé à une infection diphthérique.

Observation I.

M. F... Louis, lieutenant d'infanterie de marine, 30 ans.

En octobre 1884, après un séjour de 14 mois environ au Tonkin, sans jamais avoir eu ni diarrhée, ni dysenterie, ni accès de fièvre intermittente et sans avoir jamais éprouvé aucun symptôme du côté du foie, pendant d'assez longs séjours antérieurs dans les pays chauds, M. F... commence à éprouver une lassitude générale ; l'appétit disparaît, la respiration devient un peu gênée, il existe de la constipation et bientôt surviennent des douleurs abdominales assez vives au niveau du creux épigastrique, mais diffusées également dans toute la région abdominale. Ces douleurs sont prises par le malade pour des coliques, d'autant mieux que trois jours après, à la constipation succèdent des évacuations alvines fréquentes (8 à 10 selles par jour) renfermant quelques mucosités et du sang.

M. F... étant isolé dans le poste de Haï-Zuong, où n'existe aucun médecin, ne suit aucun traitement. Cet état persiste pendant 4 à 5 jours, après lesquels subitement en l'espace de quelques heures une détente générale se manifeste. Le malade se sent plus dispos et les douleurs abdominales disparaissent entièrement. Néanmoins, la dysenterie persiste, les selles sont moins fréquentes et ne renferment plus que quelques mucosités et un peu de sang.

Cette amélioration n'est que de courte durée. Vingt-quatre heures après, nouvelle apparition de douleurs plus vives que les précédentes et localisées un peu à gauche dans

le creux épigastrique. Le malade constate à ce niveau la présence d'une petite tumeur dure, résistante, comparable à une rondelle de cuir ou de caoutchouc durci et du diamètre d'une pièce de 5 francs. Il ne peut marcher que le corps plié en deux et en soutenant avec les deux mains cette tumeur qui est très douloureuse.

Cet état reste stationnaire pendant 15 jours environ, après lesquels cet officier demande à être relevé d'urgence de son poste, et le 4 novembre 1883 se fait transporter à Haï-Phong,

A son arrivée, M. F... est visité par un médecin. Amaigrissement considérable, facies grippé, pâleur ictérique très prononcée, hypertrophie du foie qui déborde les fausses côtes. Troubles des voies digestives, inappétence absolue, dysenterie persistante. La tumeur a augmenté de volume et on reconnaît la présence d'un abcès siégeant dans le lobe gauche du foie, superficiel et faisant saillie à 2 centimètres environ sur le côté gauche du creux épigastrique. La température est normale, sauf le soir où elle atteint 38°2.

Application de pommade belladonée et de larges cataplasmes fréquemment renouvelés dans les vingt-quatre heures.

Amélioration notable dès le lendemain: la douleur est moins vive. En quelques jours la tumeur diminue de volume et 15 jours après elle a presque disparu. On ne constate plus au toucher qu'une petite portion indurée du volume d'une pièce de 1 franc.

L'appétit et les forces reviennent, les selles sont normales, la respiration facile; les nuits bonnes. Le malade commence à se lever, et le 18 décembre 1883 il se trouve dans un état assez satisfaisant pour être embarqué sur le transport *la Corrèze*, partant pour la France.

A la suite d'un peu de fatigue, occasionnée par les préparatifs de départ, réapparition à bord de la dysenterie (14 à

15 selles par vingt-quatre heures), et le lendemain nouvelles douleurs dans la région du foie, diffusion dans tout l'hypochondre droit. Pas de fièvre mais abattement complet, inappétence absolue, dyspnée, physionomie anxieuse, langue couverte d'un enduit épais, pâteux, jaune-verdâtre. Pas de tumeur apparente. Le foie déborde toujours un peu les fausses côtes.

Badigeonnage à la teinture d'iode.

En quelques jours les douleurs augmentent considérablement d'intensité. Le malade, déjà très amaigri, s'émacie de plus en plus et présente une teinte ictérique très prononcée. Le 1er janvier 1884, la dysenterie disparaît et fait place à une constipation opiniâtre. La douleur qui était toujours générale, sourde et diffuse, se localise dans le creux épigastrique, mais à droite de la ligne médiane, à 4 centimètres environ du point où s'était manifesté une tumeur deux mois auparavant.

En ce point on constate, deux jours après, la présence d'une collection purulente. Elle évolue rapidement, devient saillante et manifestement fluctuante.

Les troubles digestifs sont de plus en plus marqués, la langue toujours pâteuse se dessèche : il y a quelques vomissements. Toujours de la constipation ne cédant qu'à des purgatifs salins. Les selles sont décolorées. Température 38 à 39°.

A l'inspection de la paroi thoracique antérieure et à droite de la ligne médiane, on constate sur une ligne allant de l'appendice xiphoïde à l'épine iliaque antérieure et supérieure la présence de la tumeur qui fait une bosse d'environ la grosseur d'une petite orange.

A la palpation, on sent le foie qui déborde les fausses côtes d'environ 2 centimètres.

La percussion indique une hypertrophie générale de l'organe (les mesures exactes n'ont pas été prises).

Le 12 janvier, en présence de ces symptômes alarmants, et malgré les mauvaises conditions hygiéniques et opératoires dans lesquelles il se trouvait, le Dr Gueit, médecin-major du bâtiment, ouvre l'abcès par une incision de 2 centimètres 5 environ faite au bistouri. Issue d'un demi-litre de pus environ couleur lie de vin. Drain plongeur et pansement phéniqué.

Aussitôt après l'opération, soulagement immédiat ; diminution de la douleur hépatique. Quelques vomissements de mucosités et de bile. La température tombe et se maintient entre 37 et 38° sans jamais dépasser ces limites.

A partir de ce jour-là, le malade reprend des forces, l'appétit renaît, les fonctions digestives se régularisent ; la plaie cicatrise rapidement, et à l'arrivée en France l'abcès est presque guéri, il ne reste plus qu'un peu de suppuration des tissus, le drain avait été enlevé et remplacé par quelques brins de charpie faisant office de mêche.

Le 1er février 1884, jour de l'arrivée en France, le malade est dirigé sur l'hôpital Saint Mandrier et placé dans le service de M. Merlin, médecin en chef.

Malgré un amaigrissement considérable, l'état général est assez satisfaisant ; l'appétit est bon, mais le malade éprouve encore quelques inquiétudes du côté de la région hépatique.

Le 3 février, pour la troisième fois, nouvelle apparition d'une douleur assez vive, occupant tout l'hypochondre droit et le côté correspondant, depuis l'épine dorsale jusqu'à quelques centimètres du creux épigastrique. Cette douleur s'irradie dans l'épaule droite, c'est la première fois que le malade ressent de la scapulalgie ; quelques élancements perceptibles surtout pendant la nuit. Insomnie complète, sueurs profuses. La température prise avec beaucoup de

soin oscille dans la journée entre 36°5 et 37°2 et monte le soir à 38°.

Le 4 février, vomissements réitérés de mucosités et de matières alimentaires. Dyspnée, constipation, facies grippé. Troubles digestifs, amaigrissement rapide. La température oscille entre 36°5 dans la journée et 38° le soir.

Du 4 au 21 février. — Les symptômes vont en s'aggravant, les douleurs hépatiques persistent et s'exaspèrent : elles deviennent lancinantes.

Les selles sont bilieuses, toujours quelques vomissements dans la journée. — Emaciation. — Etat stationnaire de la température.

21 février. — Toujours pas de sommeil. — Amaigrissement et faiblesse extrême. — Teinte ictérique de plus en plus accentuée. — Toujours les mêmes douleurs à la région du foie, s'irradiant jusqu'à l'épaule droite. — T. 39°2 le matin, 40°1 le soir, diaphorèse abondante.

A l'inspection, on remarque une saillie du côté droit de la poitrine. Les espaces intercostaux sont élargis. La zone de maturité absolue du foie augmente particulièrement en haut et en arrière, elle présente 10 cent. d'étendue à partir de la sixième côte. La matité relative commence entre la quatrième et la cinquième côte dans la ligne mamelonnaire et s'étend à 15 cent. au-dessous.

22 février. — Nouvelle opération. — Toutes les précautions antiseptiques sont prises. — Après une ponction exploratrice à l'aide de l'appareil de Potain dans le dixième espace intercostal sur la ligne axillaire antérieure, une incision de 5 cent. est pratiquée avec un bistouri étroit conduit le long du trocart laissé en place. Il sort environ 2 litres 500 de pus d'une couleur chocolat, mêlé de sang et de débris du tissu hépatique. L'évacuation se fait facilement, s'échappant à chaque mouvement respiratoire par jet saccadé. On la favorise

de plus par de fortes pressions sur la face inférieure du foie à travers la paroi abdominale.

La cavité de l'abcès est alors lavée avec une solution phéniquée à 2 p. 100, et cela à plusieurs reprises jusqu'à ce que le liquide sorte clair. On introduit un fort drain jusqu'au fond de la poche, 10 cent. environ, et on applique le pansement de Lister.

L'opération n'a pas fatigué sensiblement le malade qui dit se trouver mieux.

23 février. — Sommeil la nuit. — Mieux sensible. — Les douleurs ont disparu. — Aucune réaction fébrile, le thermomètre oscille entre 36°8 et 37°2.

Le pansement est renouvelé; il s'écoule par la plaie une quantité assez abondante d'un liquide séro-sanguinolent mêlé de débris de tissu hépatique. On injecte dans la cavité de l'abcès plusieurs litres d'eau coaltarée (teinture de coaltar saponiné) dans la proportion de 1\5. Le drain plongeur est désinfecté dans la solution phéniquée. Le pansement de Lister est remis en place.

24 février. — Nuit bonne. — Un peu de chaleur et de tuméfaction au creux épigastrique, cédant à une application de pommade belladonée et à une injection de morphine. — Deux selles. — L'appétit reparaît, l'écoulement du pus pendant le pansement est toujours assez considérable et contient encore des débris de tissu hépatique. — Temp. normale. — Excoriation à la région sacrée.

25 février. — Nuit agitée, céphalalgie. — Le pansement est moins souillé de pus qu'à l'ordinaire et ne contient plus que peu de débris de tissu sphacélé. — Deux selles diarrhéiques dont l'une est d'une coloration jaune pâle, l'autre brun rougeâtre. — Urines belles, pas de dépôt.

26 février. — Pas de sommeil. — Nouvelles douleurs au côté droit pendant la nuit, disparaissant dans la matinée. —

Écoulement assez abondant d'un liquide jaunâtre filant, ressemblant à de la bile presque pure. — Plus de tissu sphacélé. La plaie extérieure a bon aspect. — Elle est touchée à chaque pansement avec une solution aqueuse de bichromate de potasse au dixième.

A diverses reprises, un phénomène intéressant a été observé. Pendant les lavages de la cavité de l'abcès, lorsque le liquide était poussé avec une certaine force, le malade éprouvait tout-à-coup une douleur vive dans le voisiuage du creux épigastrique au siège du premier abcès, comme si le liquide pénétrant dans ce dernier par un orifice de communication en eût distendu la paroi mal cicatrisée. Cette sensation était si douloureuse qu'elle a rendu très difficile le lavage de la cavité vers cette époque et qu'elle a conduit à y renoncer de bonne heure, dès que la suppuration a diminué d'intenstté.

2 mars 1884. — Amélioration persistante. — La suppuration est très peu abondante. — Le drain a été plusieurs fois raccourci.. — La plaie cicatrise bien par le fond. — Quelques coliques toutes les fois que le malade a mangé. — Pas de diarrhée. — Appétit bon. —Encore quelques douleurs abdominales.

6 mars. — Presque plus de suppuration. — La plaie externe est très sensible. — Le pansement ne se fait plus qu'une fois par jour.

10 mars. — Selles colorées. — Un peu de constipation. — Ballonnement du ventre. — Pas de douleurs. — Presque plus de suppuration, les bords de la plaie sont douloureux. — Température normale.

25 mars. — Le pansement ne se fait plus que tous les trois jours, le drain est retiré. — Amélioration de jour en jour plus marquée de l'état général.

31. — Suppuration presque nulle. La sonde ne pénètre

plus qu'à 4 ou 5 cent. de profondeur. Etat satisfaisant des fonctions digestives. Etat général excellent. Le malade a commencé à se lever.

16 avril. — Complication de fièvre typhoïde légère n'entraînant pas la marche de la cicatrisation.

Exeat le 19 mai 1884. Ne souffrant plus, se trouvant dans un état de bien-être complet, avec un vif appétit, fumant volontiers comme auparavant. Congé de convalescence.

Observation II.

Pactote Prosper, âgé de 39 ans, né à Brest, maître-d'hôtel à bord du *Guichem:* organisme fatigué par 20 ans de navigation, entre à l'hôpital Saint-Mandrier le 10 septembre 1883, pour diarrhée bilieuse chronique.

Embarqué comme maître d'hôtel à bord du *Guichem*, navire faisant partie de la station locale de Taïti, ce malade a eu plusieurs atteintes de diarrhée et de dysenterie, soit pendant la campagne du navire dans les mers du Sud, soit pendant le retour en France.

En juillet 1883, en quittant la Nouvelle-Calédonie, nouvelle atteinte de dysenterie plus grave et plus rebelle que les précédentes. Les selles sont nombreuses, liquides, spumeuses, verdâtres, mêlées de mucosités sanguinolentes. Les moyens thérapeutiques les plus variés n'amènent jamais qu'une amélioration passagère et les selles restent liquides jusqu'à l'arrivée en France (6 à 8 selles par 24 h.)

Le jour de l'arrivée, 10 septembre 1883, Pactote est dirigé immédiatement sur l'hôpital Saint-Mandrier. Il est très amaigri, d'un teint bilieux, les yeux sont profondément excavés, les fonctions digestives sont troublées, inappétence

absolue. Tous les soirs léger mouvement fébrile, suivi de quelques sueurs. Le malade n'accuse aucune douleur, ni dans l'abdomen, ni dans l'épaule droite. Pas de dyspnée.

A l'inspection du thorax, on ne remarque rien d'anormal.

Dans l'hypochondre droit, la palpation et la percussion permettent cependant de constater une augmentation dans la dimension du foie, qui déborde les fausses côtes de 2 centimètres environ. Rien d'anormal du côté de la rate. La pression de la main ne détermine aucune douleur.

Pendant 40 jours environ, le malade traîne à l'hôpital sans amélioration de son état. Malgré qu'on administre tour à tour le sulfate de soude, l'extrait gommeux d'opium, la macération d'ipéca, le lait, le bismuth et le laudanum, les astringents, les selles sont toujours liquides, contenant quelques mucosités sanguinolentes.

Dans les premiers jours d'octobre, le malade commence à ressentir une légère pesanteur dans l'hypochondre droit et dans le creux épigastrique, mais ce n'est pas une douleur véritable et le malade n'y fait que peu d'attention et ne le signale pas à la visite.

Cependant, peu à peu cette douleur devient persistante, augmente d'intensité, se localise au creux épisgatrique, devient très sensible à la pression. La fièvre s'allume, il y a le soir, entre 7 h. et 9 h., quelques frissons, suivis de sueurs assez abondantes, le pouls est à 100. Température, le matin 37°8, le soir 39°.

La physionomie devient anxieuse, la dyspnée apparaît et finalement le 19 octobre 1883, on constate tous les signes d'un abcès du foie.

A l'inspection, on constate à la région épigastrique, sur la ligne médiane et un peu à gauche de cette ligne, une tumeur fluctuante, douloureuse spontanément et à la pression peu d'œdème des parois.

La palpation détermine une vive douleur au siège de la tumeur ; le foie a augmenté de volume et déborde les fausses côtes de 3 cent. au moins. Pouls à 108, respiration 29, température axillaire 39°.

Le 20 octobre, diaphorèse abondante pendant la nuit, frissons répétés. Les selles sont toujours diarrhéiques (5 à 6 dans les 24 h.) Le malade est évacué dès le matin dans le service de chirurgie, dirigé par M. le médecin-principal Forné, Ce chirurgien se décide à ouvrir aussitôt l'abcès au bistouri.

Toutes les précautions antiseptiques sont rigoureusement prises.

Quelques exhalations de chloroforme amènent l'anesthésie après une période de réaction insignifiante. Une ponction explorative est alors pratiquée avec le trocart à double canule que M. Forné a fait construire pour cet usage, le trocart est adopté à un appareil de Potain.

Du pus ayant passé dans le tube indicateur de l'appareil, le robinet est fermé de manière à ce que la poche purulente ne se vide pas prématurément, un long bistouri à lame étroite est conduit le long du trocart-canule resté en place et on fait une incision de 2 centimètres à la partie profonde et de 4 environ à la partie cutanée. Ecoulement assez abondant de pus couleur lie-de-vin (400 à 500 grammes), mélangé de grumeaux de dimensions variées.

Un lavage abondant est pratiqué avec une solution à 1 p. 100 d'acide phénique et continué jusqu'à ce que le liquide sorte clair, sans grumeaux, ni débris du tissu hépatique.

L'opération et les lavages sont faits sous un nuage phéniqué produit par l'appareil à vapeur de Lucas-Championnière.

Un drain de fort calibre est introduit jusqu'au fond de l'abcès et le pansement de Lister appliqué.

Amélioration notable aussitôt après l'opération. Le malade se sent mieux.

Du 26 oct. au 1er nov. — La fièvre disparaît rapidement ; l'appétit est toujours nul et les selles toujours diarrhéiques, mais le malade peut dormir et ne souffre plus. Toujours des sueurs abondantes pendant la nuit. Température normale dans la journée, le soir seulement 38°.

La diarrhée persiste encore le 30, malgré qu'on ait épuisé toute la série des préparations antidiarrhéiques.

1er nov. 1883. — Nouveau traitement par la macération d'ipéca. Ce traitement est continué jusqu'au 8 novembre. La température est descendue à 36°2, sans exacerbation le soir. Sous l'influence de cette médication, la diarrhée devient moins abondante ; les selles se modifient et prennent une consistance pâteuse.

L'appétit revient, le malade est alimenté avec des œufs, du chocolat, etc.

10 novembre. — Violent accès de fièvre, cédant à l'administration de 1 gr. de sulfate de quinine.

Du 10 novembre au 2 décembre. — Amélioration persistante. Pendant toute cette période de temps le pansement de l'abcès est exactement fait deux fois par jour. — La plaie hépathique se cicatrise du fond à la surface, la suppuration est facile et de bonne nature, le drain est plusieurs fois raccourci. Enfin, le 2 décembre, guérison complète : la diarrhée est arrêtée, l'abcès fermé. Les forces sont revenues, l'appétit est bon, les fonctions digestives en parfait état et le malade est mis *exeat* le 3 décembre 1883, pour jouir d'un congé de convalescence.

Pendant tout le mois de décembre 1883 et une grande partie du mois de janvier 1884, Pactote se porte bien : ce-

pendant il ne voit pas ses forces revenir comme elles étaient avant sa maladie. En février, l'appétit disparaît, et le malade recommence rapidement à maigrir, la dysenterie le reprend, et il éprouve de nouvelles douleurs à la région du foie, qui était toujours resté volumineux.

Cet état va en s'aggravant, et le 12 mars 1884, Pactote qui passait son congé dans les environs de Rochefort, se fait transporter à l'hôpital maritime de cette ville. Il est placé dans le service de M. le médecin en chef Barthélemy-Benoit, professeur de clinique médicale.

On constate que le malade est profondément anémié, tout le tégument externe présente cette teinte jaune sale, que Dutroulau appelle pâleur ictérique. Faiblesse générale ; troubles digestifs, langue sèche et fuligineuse, inappétence absolue, amaigrissement considérable, émaciation. Dysenterie chronique, Sueurs profuses. Temp. 38°5.

Douleur continuelle dans toute l'étendue de l'abdomen, plus vive en un point limité de l'hypochondre droit. — Cette douleur s'exagère par la pression.

La région du foie présente une voussure prononcée, les espaces intercostaux sont effacés et élargis.. — Les dimensions du foie sont considérables, l'estomac et le colon sont refoulés à gauche sur la ligne axillaire ; à l'angle de torsion des côtes, au niveau de l'espace compris entre la 8e et la 9e, on remarque une tumeur de la grosseur d'environ un œuf de poule à grand diamètre (7 à 8 cent.), transversal, molle, fluctuante, sans rougeur ni chaleur ; pas d'empâtement des tissus voisins, la tumeur recouvre la 9e côte et est indolore.

Selles dysentériques nombreuses, mais non sanguinolentes, s'accompagnant de coliques avec ténesme rectal. Rien du côté des autres fonctions, sauf un peu de dyspnée. Pouls petit, filiforme. Poids 52 kilos.

14 mars. — Trois selles liquides dans la journée, elles sont pâles, décolorées, sueurs de plus en plus abondantes; le malade mouille jusqu'à six chemises dans la nuit.

Temp. 38°5 le soir, pouls 114.

15 mars 1884. — L'aiguille N° 3 de l'appareil Dieulafoy est introduite dans le 9e espace intercostal. Par l'aspiration, on retire une certaine quantité d'un pus couleur chocolat. L'appareil est alors enlevé et sur l'aiguille comme conducteur, on introduit un bistouri étroit, parallèlement aux côtes, et on fait une incision de 6 cent. jusqu'à ce que le pus s'échappe largement. Le pus sort par jets saccadés, pendant les mouvements respiratoires et son expulsion est favorisée par la pression sur les différentes parties du foie. On pratique l'introduction d'un gros drain, jusqu'à 15 cent. environ de profondeur et on lave à la solution phéniquée au centième. La quantité de pus retiré est d'environ 3 litres. Ce pus est épais, rougeâtre et contient des grumeaux et des débris de tissu hépatique. L'opération a été pratiquée en prenant toutes les précautions de la méthode antiseptique et le pansement de Lister est appliqué.

16 mars. — Soulagement notable immédiatement après l'opération. Le pansement est laissé en place.

Température 37°5; respiration facile.

La nuit du 16 au 17 a été bonne, le malade se sent beaucoup mieux. Ecoulement de pus peu abondant pendant le pansement, une selle sanguinolente le matin du 17.

18. — Temp. 38°2. Ecoulement de pus peu abondant.

Pendant le pansement, il s'écoule toujours de la matière hépatique en petite quantité.

21. — La température devient normale, quelques coliques

hier dans la journée, un peu de diarrhée. L'appétit et les forces reviennent, mais faiblesse toujours très-grande.

22 mars 1884. — Le pansement n'est que peu souillé de pus. La plaie a bon aspect, le mieux se maintient.

T. 37°5 le matin, 57°6 le soir, plus de douleurs, respiration facile.

Jusqu'au 6 avril 1884, l'état du malade s'améliore de plus en plus. La température et le pouls varient peu, les détritus hépatiques se mélangent mieux au pus et s'éliminent plus facilement par le lavage, que l'on renouvelle toujours deux fois par jour. En moyenne, on fait passer dans l'abcès 3 litres d'eau phéniquée à 1 p. 100 à chaque lavage. L'appétit se maintient, la diarrhée a disparu, les nuits sont bonnes.

Malheureusement, le 16, quelques cas de diphthérie se manifestent dans la salle, et malgré les mesures prophylactiques immédiates les plus énergiques pour en arrêter la propagation, Pactote est atteint. Il était dans les conditions de réceptivité les plus favorables à l'imprégnation du contage. Aussi l'infection d'abord localisée à l'ouverture de l'abcès, n'a-t-elle pas tardé à se généraliser et à se traduire par les symptômes caractéristiques d'un véritable empoisonnement septicémique.

La suppuration devient de plus en plus abondante, le pus prend une odeur fétide. L'état local et général s'aggrave de plus eu plus et 12 jours après cette complication, le malade succombe le 28 avril 1884.

La mort du nommé Pactote ne doit donc pas être attribuée au procédé employé pour le traitement de son abcès du foie, puisque la guérison semblait être assurée et à bref délai sans cette complication fatale...

Nous regrettons de ne pouvoir donner l'autopsie, car elle a été faite, mais nous n'avons pu la retrouver. Nous savons

cependant (communication orale), qu'il existait de larges adhérencss très résistantes entre le diaphragme et la face convexe du foie.

En résumé, la nouvelle méthode de traitement des abcès du foie, dont nous venons de voir les résultats sur les deux malades traités dans nos hôpitaux maritimes, nous paraît avoir sur toutes les autres des avantages sérieux. Il y a dans les succès ainsi obtenus quelque chose d'étrange et d'inexplicable, si on n'admet pas la formation précoce d'adhérences. En effet, nous croyons fermement à l'influence du pansement antiseptique pour prévenir l'infection purulente, mais nous le croyons moins susceptible de prévenir la péritonite. Quoi qu'il en soit, qu'on comprenne ou non, il ne faut pas moins se rendre à l'évidence et reconnaître que par ce procédé :

1° Les dangers de péritonite ne sont pas plus grands qu'avec les autres.

2° L'ouverture beaucoup plus large faite avec le bistouri permet d'évacuer non seulement le pus, mais surtout les grumeaux et les fragments du foie qui remplissent la cavité de l'abcès.

3° Le drain plongeur dont on diminue à volonté la longueur au fur et à mesure de la guérison amène la cicatrisation à se produire lentement du fond à la surface, et permet d'éviter ainsi la réunion trop rapide de la plaie des téguments et par suite la récidive.

4° Les pansements antiseptiques s'opposent à l'infection purulente et à la septicémie qu'on observe si fréquemment avec les autres procédés.

5° La guérison est plus rapide que par toute autre méthode.

Malheureusement peu d'observations ont encore été réunies, en sorte que nous ne possédons que des rudiments de

statistique. Malgré ce, nous n'hésitons pas à croire que, lorsque cette nouvelle méthode aura été expérimentée sur une large échelle, dans nos colonies où cette affection fait tant de victimes, sa supériorité sur toutes les autres sera reconnue incontestable.

FIN.

Vu bon à imprimer :
Le Doyen,
J. BENOIT.

Vu :
Le Président censeur
BERTIN-SANS.

Permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie,
Correspondant de l'Institut,
G. CHANCEL.

BIBLIOGRAPHIE.

Bulletin de l'Académie de médecine. — (Séances du 26 octobre 1880 et du 3 octobre 1882.

Haspel. — Traité des abcès du foie, *In Gazette médicale de Paris* 1846.

Cambey. — Traitement des maladies des pays chauds et spécialement de l'Algérie. Paris 1847.

— Maladies de l'Algérie. Paris 1850.

Dutroulau. — Mémoire sur l'hépatite des pays chauds et les abcès du foie, *In* Mémoire de l'Académie de médecine.

— Traité des maladies des Européens dans les pays chauds. Paris 1868.

Rouis. — Recherches sur les suppurations du foie, d'après des observations recueillies dans le nord de l'Afrique. Paris 1860.

Ramirés. — Traité des abcès du foie, observations recueillies à Mexico et en Espagne. Paris 1867.

Gallard. — Abcès du foie. Ponction. *In Gazette hebdomadaire* 1869.

De Castro. — Abcès du foie traités par la ponction. *In Gazette médicale*, N° 1, 1870.

Sachs. — Analyse par le Dr Van-Lent, médecin en chef de la marine Royale Néerlandaise.

Rendu. — Art. *Foie* (du Dictionnaire Encycl. des Sciences médicales).

Portal. — Maladies du foie.

Dubrueil. — Médecine opératoire.

Riemsdisk. — Sur l'hépatite suppurative des pays intertropicaux,

Lavigerie. — De l'hépatite et des abcès du foie. Thèse de Paris 1866.

Bernard. — Thèse de Montpellier.

QUESTIONS TIRÉES AU SORT

Auxquelles le Candidat doit répondre verbalement

en exécution de l'Arrêté du 22 mars 1842.

Chimie Médicale et Pharmacie.

La cause de la fermentation de l'urine et les produits de cette fermentation.

Physique Médicale.

Des phénomènes d'endosmose chez les êtres vivants.

Botanique et Histoire Naturelle Médicale.

Exposer la structure de la sangsue. De l'ergot de seigle.

Anatomie.

Du système porte.

Anatomie pathologique et Histologie.

De la gangrène, au point de vue de l'anatomie pathologique.

Physiologie.

De la lymphe et de ses fonctions.

Pathologie et thérapeutique générales

L'intoxication palustre est-elle la cause *sine quâ non* des affections morbides à quinquina?

Pathologie Médicale ou Interne.

De l'encéphalite et de son traitement.

Pathologie Chirurgicale ou Externe.

Des abcès métastatiques.

Thérapeutique et Matière Médicale.

Des préparations antimoniales.

Opérations et Appareils.

De la désarticulation du coude.

Médecine légale et toxicologie.

De l'empoisonnement par les champignons.

Hygiène.

Des moyens propres à vulgariser les notions d'hygiène.

Accouchements.

De la délivrance.

Clinique Interne.

Diagnostic de la tuberculisation générale aiguë.

Clinique Externe.

De la fièvre traumatique.

Clinique des maladies mentales et nerveuses.

De la lypémanie suicidique.

Titre de la Thèse à soutenir.

Des diverses méthodes de traitement chirurgical des abcès du foie et, en particulier, du procédé par incision directe au bistouri combiné avec les pansements antiseptiques.

SERMENT.

En présence des Maîtres de cette École, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'Exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !